Aus der inneren Abteilung des St. Georg-Krankenhauses zu Breslau
Primärarzt: Dozent Dr. med. Joseph Severin

Zahn-, Kiefer- und Gesichtsschmerzen bei Erkrankungen des Rippenfells und der Lunge in ihrer Bedeutung für den Zahnarzt.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades in der Zahnheilkunde
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

vorgelegt von

Hans Lakomy
Zahnarzt

Breslau 1939

Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei e.G.m.b.H., Breslau 1, Ursulinerstraße 1

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

1. Berichterstatter: Dozent Dr. med. Severin.
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Bittorf.

Dekan: Prof. Dr. med. Gutzeit.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem Vater gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542702_0011

Die gegenseitige Abhängigkeit und der gegenseitige Einfluß der Zähne und des Gesamtorganismus ist eine Tatsache, die in den letzten Jahren immer stärkere Beachtung und Anerkennung gefunden hat. Daß eine Reihe innerer Erkrankungen, besonders Magen-Darmerkrankungen, ihre Entstehung einem lückenhaften oder verwahrlosten Gebiß verdanken, ist wohl allgemein und seit langem bekannt. Gleichfalls ist es eine heut nicht mehr bestrittene Tatsache, daß die Zähne mit Granulomen oder mit starker, entzündlicher Paradentose (Alveolarpyorrhoe) oder chronischen Herden wie Cysten und Weisheitszahntaschen die Ursache sein können für akuten oder chronischen Gelenk- bezw. Muskelrheumatismus, Neuralgien, Neuritiden, Nephritis, Endocarditis, Myocarditis, angiopathische oder angiospastische Durchblutungsstörungen des Herzmuskels (Kranzgefäßsystem) und des Gehirns sowie für allgemeine Sepsis usw. Diese zuletzt genannten Krankheitserscheinungen fassen wir unter dem Begriff der fokal-dentalen Infektion zusammen, die, vor Jahren noch stark umstritten, heute zu den Grunderkenntnissen der Zahn- bezw. Allgemeinmedizin gehören.

Ebenso ist es ganz allgemein anerkannt, daß mannigfache Krankheitserscheinungen im Bereiche der Mundhöhle und des Zahngebietes Folgeerscheinungen von Allgemeinerkrankungen sind. Es seien besonders die Avitaminosen: Scorbut, Möller-Barlow'sche Krankheit, Beriberi usw. erwähnt, ferner Blutkrankheiten, wie Haemophilie, Morbus maculosus Werlhofii, auch primäre, essentielle Thrombopenie genannt, weiterhin die symptomatischen Thrombopenien, akute und chronische Leukämien, akute und chronische Pseudoleukämien, essentielle bezw. symptomatische Agranulocytose, essentielle und symptomatische Aleucia haemorrhagica s. Panmyelophthisie, perniciöse Anämie, achylische Chloranämie usw. Weiterhin kommen spezifische Krankheiten wie Tuberkulose, Lues, Metallvergiftungen in Betracht, die ihren Einfluß auf die Mundhöhle und Schleimhäute eindeutig sichtbar werden lassen.

Die Fortschritte, die die Wissenschaft in der letzten Zeit in der Erkenntnis all dieser Tatsachen, speziell der Wechselbeziehungen der Zähne und deren Umgebung einerseits und des Gesamtorganismus andererseits gemacht hat, sind nicht zu verkennen. Und doch muß diesen Wechselbeziehungen immer noch mehr Beachtung sowohl in der Sprechstunde, wie am Krankenbett geschenkt werden, um weitere Einblicke und klarere Vorstellungen von diesem auf den ersten Blick manchmal rätselhaft erscheinenden pathologischen Geschehen zu bekommen.

So hat auf der Inneren Abteilung des St. Georg-Krankenhauses zu Breslau Primärarzt Dozent Dr. med. Joseph Severin, angeregt durch seine Lehrtätigkeit der Inneren Medizin für Studierende der Zahnheilkunde, seit 1928 eine Reihe von Krankheitsfällen beobachtet, bei denen Zusammenhänge zwischen inneren Organerkrankungen und dem die Kiefer, Zähne und Gesicht versorgenden Nerven (Trigeminusäste) feststellbar waren, denen man bisher kaum Beachtung geschenkt hatte, bezw. die ganz unbekannt waren.

Am 1. Juli 1929 teilte Severin (1) vor der Vereinigung südostdeutscher Neurologen und Psychiater seine ersten Beobachtungen über Angina pectoris-Anfälle unter dem Bilde der Trigeminusneuralgie mit, die er 1931, um weitere 14 Fälle vermehrt, durch Zahnarzt Schneider (2) in einer Doktorarbeit in extenso mitteilen ließ.

Vor der Schlesischen Zahnärztlichen Gesellschaft in Breslau am 10. 11. 1929 berichtete Severin (3) in einem zweiten Vortrag: „Zahn- und Kieferschmerzen bei inneren Organerkrankungen" über obige und weitere neue Beobachtungen von Trigeminusneuralgie bei Erkrankungen des Magens und des Gallensystems, die, bis 1939 von ihm gesammelt, durch die Zahnärzte Bochnia und Bartsch in ihrer Doktorarbeit in extenso gebracht werden.

Am 6. November 1935 berichtete Severin (4) in einem größeren Referat in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur: „Irradiierende Schmerzen in Gesicht, Kiefer und Zähne bei inneren Organerkrankungen" über alle von 1928 bis 1935 beobachteten Fälle obiger Erkrankungen und teilte weiterhin neue Beobachtungen über das Trigeminus-Schmerzphänomen bei Erkrankungen des Herzmuskels mit akutem cardialen Lungenoedem, die von Zahnarzt Haldan in seiner Doktorarbeit gebracht werden, sowie des Rippenfells und der Lunge und ferner des Bauchfells mit.

Meine besondere Aufgabe soll es nun sein, die von 1929 bis 1939 auf der Inneren Abteilung des St. Georg-Krankenhauses Breslau durch Primärarzt Dozent Dr. Severin beobachteten Fälle von irradiierenden Trigeminusschmerzen bei Erkrankungen des **Rippenfells** und der **Lunge** in extenso zu bringen, einerseits wegen der großen Seltenheit dieses Schmerzphänomens bei obigen Erkrankungen — in der Literatur sind Pleura-Fälle überhaupt noch nicht beschrieben — und andererseits wegen seiner großen Bedeutung für den Zahnarzt hinsichtlich seines therapeutischen Handelns.

Die subjektiven Beschwerden bei einer **Pleuritis** werden in der Mehrzahl der Fälle folgendermaßen angegeben: Plötzliches Auftreten von intensiven, stechenden, mitunter dumpfen spontanen Schmerzen auf der betr. Brustseite, die bei tiefer Einatmung, Husten, Niesen bedeutend erhöht werden.

Die Schmerzausstrahlungen (Schmerzirradiationen) bei einer Pleuritis sind sehr mannigfaltig und weithin reichend. So werden von Staehelin (5) in seinem Lehrbuch Schmerzausstrahlungen beschrieben:

1. in die Schulter, wobei mitunter ein reiner, isolierter Schulterschmerz auftreten kann,
2. in die Arme,
3. in das Epigastrium, was bei der Diagnosestellung häufig besondere Schwierigkeiten bereitet [Ortner (6)],
4. in die Herzgegend (Ortner).

Hautsensibilitätsstörungen sind nach Head (7) nicht vorhanden, dagegen aber eine sehr starke Schmerzempfindlichkeit über dem direkt betroffenen Bezirk bei schon ganz geringem Druck. Diese Druckpunkte sind in noch stärkerem Maße charakteristisch für die Pleuritis diaphragmatica. Die subjektiven Erscheinungen sind die gleichen wie bei einer Pleuritis.

Im einzelnen nennt Staehelin (l. c.) folgende fünf Druckpunkte:

1. Ein Druckpunkt zwischen den beiden Schenkeln des M. sternocleidomastoideus an der Stelle, wo der N. phrenicus um den M. scalenus umbiegt.
2. Der typische Druckpunkt — „bouton diaphragmatique" Guéneau de Mussy —, der im Kreuzungspunkt der Parasternallinie mit der Verlängerung der 10. Rippe liegt.

3. Eine Druckempfindlichkeit in der Gegend der Insertion des Zwerchfells am Thorax.
4. Druckpunkte im Bereich des Plexus cervicalis und über den Dornfortsätzen der Halswirbelsäule.
5. Eine Druckempfindung der 10. und 11. Intercostalräume.

Bei Erkrankungen der **Lungen** können nach Head (1. c.) die dem I., II., III., IV., V., VI. und VII. Dorsalsegment entsprechenden Hautgebiete, besonders also des Thorax, als Schmerzzonen betroffen werden. Das II., III., IV. und V. Dorsalgebiet sollen am häufigsten affiziert sein, doch können auch die unteren Dorsalsegmente VII., VIII. und IX. noch in Frage kommen. Außerdem werden in seltenen Fällen hyperalgetische Zonen im III. und IV. Cervikalsegment der Hals-, Nacken- und Schultergegend, ferner solche Zonen am Kopf, und zwar im ganzen Trigeminusgebiet des Gesichts und des Scheitels (I., II., III. Trigeminusast) und im II. Cervikalsegment des Hinterkopfes angegeben. Die Trigeminusschmerzzonen beanspruchen gerade im Rahmen der vorliegenden Arbeit unser besonderes Interesse.

Nachstehend folgen die von Doz. Dr. Severin beobachteten 6 Fälle und deren Auswertung.

Fall 1: E. P., ledig, ohne Beruf, 37 Jahre alt, Behandlung im St. Georg-Krankenhaus vom 13. 11. bis 17. 11. 1929.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind immer gesund.

Menarche mit 13 Jahren, stets regelmäßig, letzte Menses vor 14 Tagen.

1923 Grippe mit allgemeiner Nervenschwäche.

Mai 1928 Auftreten eines Knotens in der rechten Brust, deshalb rechtsseitige Mammaamputation mit Achseldrüsenausräumung (chirurg. Abteilung des St. Georg-Krankenhauses 17. 5.—31. 5. 1928, Prof. Most). Histologischer Befund (Prof. Henke): Der Mammatumor zeigt ein ziemlich großzelliges Carcinom von medullärer Form. Die zugehörige Lymphdrüse ist von Carcinommassen derselben Art auf das Dichteste durchsetzt. Mehrere infraclaviculäre Drüsen und eine supraclaviculäre Drüse sind hyperplastisch. Keine Carcinomeinlagerungen nachweisbar.

Anfang September 1928 pflaumengroße Geschwulst in der linken Brust, die excidiert wurde. Bei der Revision zeigt sich

nur cystische Entartung, kein Carcinom; auch die histologische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für Carcinom, deshalb keine Amputation, keine Drüsenausräumung.

Im Juli 1929 trat Husten auf. August/September auswärts je 1 Röntgentiefenbestrahlung der rechten Brust. Nach der Bestrahlung soll eine kleine rechtsseitige Rippenfellreizung aufgetreten sein. Als nach einigen Tagen noch eine Erkältung hinzukam, traten folgende Beschwerden auf: Schmerzen an der rechten unteren Lungengrenze vorn, seitlich und hinten, besonders beim Husten und Niesen (trockene Rippenfellentzündung). 8 Tage später Atemnot bei körperlichen Anstrengungen (Treppensteigen, längeres Laufen usw.), leichte Temperatursteigerungen, außerdem allgemeine Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Eine Röntgendurchleuchtung und Röntgenphotographie ambulant ergab eine rechtsseitige wässerige Rippenfellentzündung. Am 25. 10. 1929 sollen 1¾ Liter eines leicht blutigen Pleuraexsudates entleert worden sein. Pat. machte dann noch Schwitzkuren.

Am 13. 11. 1929 wurde Pat. zur weiteren Behandlung der Inneren Abteilung des St. Georg-Krankenhauses, Breslau, überwiesen, wo sie bis 17. 11. 1929 verblieb.

Objektiver Befund: Mittelgroße Frau in reduziertem Ernährungszustand. Muskulatur und Fettpolster reduziert. Haut und Schleimhäute blaß. Mundhöhle und Zähne o. B.

Pat. ist dyspnoisch.

Am rechten Thorax Operationsnarbe. Rechte Schulter tieferstehend. Rechte Brusthälfte bleibt bei Atmung etwas zurück. Rechts hinten von Scapulamitte, vorn von 2. Rippe abwärts und auch seitlich Dämpfung, dort abgeschwächtes Vesiculäratmen, aufgehobener Stimmfremitus. Kein Reiben oder Rasseln hörbar. Linke Lunge o. B.

Auswurf: nicht vorhanden.

Herz: Spitzenstoß nicht fühlbar. Größe o. B. Keine Verdrängung des Herzens. Töne rein, keine Geräusche. Puls o. B.

Abdomen: symmetrisch gebaut. Leber nicht vergrößert. Milz: nicht palpabel, perkutorisch nicht vergrößert.

Urin: Albumen, Saccharum: negativ.

Subfebrile Temperaturen bis 37,7°.

Pat. wurde sofort nach der Aufnahme wegen starker Atemnot punktiert. Entleerung eines blutigen rechtsseitigen Exsudates: Albumen ++, Esbach 5%, Rivalta +, im Sediment massenhaft Erythrocyten, Siegelringzellen.

Während der Pleurapunktion ziemlich am Ende, nachdem schon ca. 1 Liter Exsudat entfernt worden war, bekam Pat. plötzlich heftigste, krampfartige Schmerzen zunächst auf der rechten Schulter zu beiden Seiten des rechten Trapezius ohne Ausstrahlung in den rechten Arm. Dabei drückte die Pat. mit dem Taschentuch fest auf die rechte Schulter, um die Punktion auszuhalten; die Schmerzen hielten jedoch unverändert und unvermindert weiter an, stiegen dann in die rechte Halsseite hinauf, strahlten in den rechten Unterkiefer und dessen Zähne aus. Die Zahnschmerzen waren reißender Natur und so heftig, daß Pat. laut aufschrie. Sie hatte das Gefühl, „als wenn ihr die Zähne des rechten Unterkiefers einzeln ausgerissen würden, und ihr im ganzen Körper alles zerrisse". Wegen der „wahnsinnigen" Kiefer- und Zahnschmerzen mußte die Punktion abgebrochen werden. Die Schmerzen blieben trotz sofortiger Morphiuminjektion noch 10 Minuten sehr stark bestehen und nahmen dann in ½ Stunde allmählich ab.

15. 11. 1929: Lungenbefund: rechts hinten von Schulterblattmitte abwärts, vorn und seitlich unten handbreite Dämpfung und abgeschwächtes vesiculäres Atmungsgeräusch. Rechts unten hinten, seitlich und vorn etwas oberhalb der unteren Lungengrenzen Knisterreiben. Linke Lunge o. B.

Seit der Punktion macht Patientin, eine geistig hochstehende Dame mit guter Beobachtungsgabe, an sich folgende interessante Wahrnehmungen: Wenn sie gerade auf dem Rücken liegt oder gerade sitzt, hat Pat. bei tiefer Einatmung, beim Niesen und Husten nur Schmerzen an der rechten unteren Lungengrenze vorn, seitlich und hinten ohne jegliche Ausstrahlung. Jedesmal jedoch, wenn sich Pat. auf die linke Seite legt, treten prompt wie im Experiment Schmerzen auf der rechten Schulter auf, die zum Hals heraufziehen und dann in den rechten Unterkiefer und die rechten Zähne ausstrahlen. Es ist das Gefühl „leichten Zahnschmerzes", der aber sofort verschwindet, wenn sie sich auf die andere Seite oder gerade auf den Rücken legt.

Eine weitere Beobachtung von ihr ist folgende: Pat. wird häufig im Schlaf wach infolge von Zahnschmerzen im rechten Unterkiefer und merkt dann jedesmal, daß sie auf der linken Seite liegt. Legt sich Pat. dann auf den Rücken oder die rechte Seite, so verschwinden die Zahnschmerzen sofort, und sie schläft wieder ein, bis sich dann infolge ihres unruhigen Schlafes dasselbe Spiel 10—15 mal in der Nacht wiederholt. Der linke Kiefer bleibt stets schmerzfrei.

17. 11. Die oben beschriebenen, eigentümlichen, rechtsseitigen Trigeminusschmerzen durch Lagerung der Pat. auf der linken Seite haben sich in den letzten Tagen immer wiederholt.

Pat. wird heute auf eigenen Wunsch entlassen.

Nach den Angaben der Angehörigen ist Pat. am 18. 1. 1930 zu Haus gestorben.

Diagnose: Metastatische Pleuritis exsudativa haemorrhagica carcinomatosa dextra nach rechtsseitigem Mammacarcinom mit Schmerzirradiationen in die rechte Schulter, rechte Halsseite und in den rechten Trigeminus (III. Ast) bei der Entleerung des Exsudats und nachher stets bei Lagerung des Körpers auf die linke, gesunde Seite.

In vorstehendem Falle trat bei einer jungen, 37jährigen Patientin 1 Jahr nach rechtsseitiger radikaler Brustkrebsoperation (Mammaamputation) eine rechtsseitige, blutige, krebsige, metastatische Rippenfellentzündung auf, die draußen schon einmal punktiert worden war. Nach erneuter Entleerung circa eines Liters des Exsudates im Krankenhaus, als sich die Punktion schon dem Ende näherte, traten auf derselben Seite der Pleuraerkrankung die oben ausführlich beschriebenen, irradiierenden, rechtsseitigen Schulter-, Hals-, Unterkiefer- und Zahnschmerzen auf, nach Severin (4) sicherlich wohl verursacht durch die am Ende der Punktion erfolgte Berührung der entzündeten Pleurablätter und den dadurch entstandenen schmerzhaften Reiz, der fortgeleitet bis in den III. Ast des rechten Nervus Trigeminus ausstrahlte.

Höchst interessant ist weiterhin nach der Punktion das eigentümliche, konstante Auftreten der stets rechtsseitigen Trigeminusschmerzen jedesmal bei bewußter oder im Schlafe unbewußter

Lagerung der Patientin auf die linke Seite, die jedoch prompt wie im Experiment immer verschwanden bei Lagerung der Patientin auf den Rücken oder die rechte Körperseite. Nach Severin (4) findet diese interessante Tatsache ihre Erklärung in der passiven Mobilität der Lunge, d. h. in der starken Abwärtsverschiebung der bei linker Seitenlagerung der Patientin nach oben zu liegen kommenden rechten Lunge unter Ausfüllung des rechten Komplementärraumes. Dieser Vorgang bewirke in unserem Falle sicherlich eine Zerrung oder Dehnung der carcinomatösen Pleura diaphragmatica, pulmonalis und costalis mit ihren Auflagerungen und Verwachsungen und dadurch eine Reizung des die Pleura sensibel versorgenden Nervus phrenicus. Seine Erregung führe dann stets durch Vermittlung des Sympathicus oder ev. des Vagus zur Auslösung des Trigeminusschmerzphänomens.

Fall 2: E. H., 49 Jahre alt, verehelichte Fabrik- und Rittergutsbesitzer, ambulante Untersuchung am 28. 2. 1936.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Keine Kinderkrankheiten.

Menarche mit 14 Jahren, stets regelmäßig; letzte Menses Februar 1936.

Pat. ist zum zweitenmal verheiratet. Erster Mann an Lungenentzündung gestorben. 1 Tochter lebt, gesund. Kein Abort in dieser Ehe. Zweiter Ehemann lebt, gesund. Aus zweiter Ehe 1 Tochter, die im Wochenbett starb. 4 Aborte in der zweiten Ehe.

1917 Unterleibsoperation (es sollen 1½ Eierstöcke entfernt worden sein). Danach ist starke Fettsucht aufgetreten (Gewicht 105 kg).

1917 linksseitige wässerige Rippenfellentzündung, die sich bis 1935 fünfmal wiederholte. Einmal ist eine Pleurapunktion gemacht worden.

1931/32 wiederholt Gallensteinkoliken ohne Gelbsucht, deshalb 1932 Gallensteinoperation (Cholecystotomie).

Ende Dezember 1935 Erkältung. Anfang Januar 1936 eitrige Mandelentzündung, danach linksseitige Lungen- und Rippenfellentzündung. Krankenhausbehandlung in Berlin.

Ende Januar 1936 Kur in Lindewiese, dort wieder erneute linksseitige Rippenfellentzündung, wodurch Krankenhausbehandlung (14 Tage) notwendig wurde.

Seit Mitte Februar 1936 klagt Pat. über Schmerzen in der linken hinteren Brustseite, besonders bei tiefem Atmen, Husten

und Niesen, wobei manchmal die Schmerzen in die linke Schulter, den linken Hals, linke Gesichtshälfte, in linken Ober- und Unterkiefer und deren Zähne und in den linken äußeren Gehörgang ausstrahlen. Ferner klagt Pat. in letzter Zeit über Husten, spärlichen Auswurf, Nachtschweiße und leichte Temperaturerhöhung (37,5°), Mattigkeit, Müdigkeit.

Objektiver Befund: Sehr stark adipöse Frau in gutem Ernährungs- und Kräftezustand (Gewicht 105 kg).

Keine Oedeme oder Exantheme.

Blutwassermann: negativ.

Mundhöhle: Brücke im Oberkiefer, sonst Zähne o. B.

Thorax: symmetrisch gebaut. Lungengrenzen: Lungen-Lebergrenze am unteren Rand der VI. Rippe, rechts hinten unten XI. Brustwirbel, gut verschieblich. Links hinten unten 4 Querfinger breite, leichte Dämpfung, überall Vesiculäratmen. Über Dämpfung und über linker seitlichen unteren Brustseite feinstes Reiben hörbar.

Bei tiefem Atmen wird Hustenreiz ausgelöst.

Auswurf zurzeit nicht vorhanden.

Herz: Spitzenstoß weder sicht- noch fühlbar. Herzgrenzen: rechter Sternalrand, III. Rippe, linke Mammillarlinie. Töne rein, keine Geräusche.

Puls: regel-, gleichmäßig, etwas klein, wenig gespannt.

Blutdruck: 105 mmHg.

Abdomen: fettreiche Bauchdecken. Überall Tympanie, keine Resistenz fühlbar. Leber: in Mammillarlinie am Rippenbogen, in Mittellinie am Schwertfortsatz. Milz: nicht palpabel, perkutorisch nicht vergrößert.

Nervensystem: Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz. Patellarreflexe schwer auslösbar.

Röntgendurchleuchtung des Thorax: Beide Lungenspitzen und rechtes Lungenfeld o. B. Rechtes Zwerchfell rollt sich gut ab. Linkes unteres Lungenfeld zeigt einen leichten 4 Querfinger breiten Schatten über linkem Zwerchfell; linkes Zwerchfell steht fast gradlinig, rollt sich nicht ab.

Herz: Linkshypertrophie und breite tiefschattige Aorta.

Diagnose: Alte linksseitige Rippenfell-, Lungenfell-, Zwerchfelladhaesion (leichte Schwartenbildung), dort akute trockene Rippenfellentzündung mit Schmerzirradiationen in den linken Trigeminus (III. und II. Ast).

In diesem zweiten Falle handelte es sich um eine frische, akute, trockene, linksseitige Rippenfellentzündung (Pleuritis sicca) auf dem Boden einer alten Pleuraadhaesion mit Schmerzausstrahlungen in die linke Schulter, linke Halsseite und in die Haut der linken Gesichtshälfte, linken Ober- und Unterkiefer und deren Zähne und in den linken äußeren Gehörgang.

Bemerkenswert ist in diesem Falle, daß die Schmerzirradiationen in den Trigeminus, wie im ersten Falle, nur auf der gleichen Seite der Pleuraerkrankung stattfanden, besonders bei aktiver Mobilität der Lungen und bei Erschütterung des linken Zwerchfells, so bei tiefem Atmen, Husten und Niesen ausgelöst wurden und nicht nur den unteren III. Trigeminusast erreichten, sondern bis zum Oberkiefer zogen, also auch noch den II. Ast des Nervus trigeminus erfaßten.

Fall 3: F. W., 61 Jahre alt, Baumeister, Behandlung im St. Georg-Krankenhaus vom 3. 12. 1937 bis 26. 1. 1938.

Pat. wird vom Hausarzt wegen Diabetes mellitus mit Nackenkarbunkel und Herzschwäche auf die Innere Abteilung des St. Georg-Krankenkauses eingeliefert zwecks Insulintherapie und evtl. chirurgischer Intervention.

Objektiver Befund: Pat. befindet sich in schwerkrankem Zustande.

Temperaturen: bis 39°, Puls: 120.

Blutstatus:

Nüchtern Leukocyten	22 000
Haemoglobin	110%
Erythrocyten	5 760 000
Färbeindex	0,9
Differentialzählung:	
Stabkernige Leukocyten	6%
Segmentkernige Leukocyten	76%
Eosinophile Leukocyten	2%
Lymphocyten	12%
Monocyten	4%

Blutwassermann: negativ.

Blutkörperchensenkung: 48 Teilstriche in einer Stunde (May-Buchwald), (6—7 fach beschleunigt).

Lungen: perkutorisch und auskultatorisch: o. B.

Herz: Rechter Sternalrand, 3. Rippe, linke Mammillarlinie. Töne leise, rein, keine Geräusche.

Puls: frequent, 120, regel-, gleichmäßig, leicht gespannt. Blutdruck: 150 mmHg.

Bauchorgane: überall Tympanie, keine Resistenz.

Leber: in Mammillarlinie am Rippenbogen, in Mittellinie am Processus xiphoides.

Milz: nicht palpabel, perkutorisch nicht vergrößert.

Nervensystem: o. B.

Urin: Eiweiß +, im Sediment: spärliche Leukocyten, Erythrocyten, hyaline Zylinder.

Zucker: 4,4% = 74 g Tagesausscheidung. Aceton, Acetessigsäure negativ.

Nüchtern Blutzucker: 0,290%.

Diagnose: Nackenkarbunkel, Diabetes mellitus. Nephrosklerose mit linksseitiger Herzhypertrophie und leichter Hypertonie.

Therapie: Intensive chirurgische Spaltung des Karbunkels (Prof. Most), Kurzwellenbehandlung, Digitalis, Coffein, Campher, Cardiazol, strenge Zuckerdiät mit 150 g Brot und 3 mal 30 Einheiten Insulin.

Pat. wird innerhalb 10 Tagen nach mehrfachen großen chirurgischen Eingriffen, obigen Insulindosen und Zuckerdiät fieber- und zuckerfrei.

17. 12.: Nüchtern Leukocyten: 8 400.

21. 12.: Nüchtern Blutzucker: 0,158%.

28. 12.: Blutdruck: 130/70 mmHg.

29. 12. Pat. klagt seit einigen Tagen über leichte Schmerzen in rechter vorderer unterer Brustseite in einer handbreiten Zone über der Lungen-Lebergrenze.

30. 12.: In der Nacht vom 29./30. 12. plötzlich heftigste Schmerzen an der rechten vorderen unteren Lungengrenze, die nach hinten in den Rücken, in die rechte Schulter, rechte Halsseite und in den rechten Unterkiefer und dessen Zähne ausstrahlen. Pat. meidet wegen wahnsinniger Schmerzen mit ihren Ausstrahlungen bis ins r. Gesicht und r. Zähne die geringste Bewegung, liegt ganz still auf der rechten Körperseite, ohne tief zu atmen oder laut zu sprechen. Es besteht Sistieren von Wind und Stuhl.

Objektiv finden sich wieder leichte Temperaturerhöhungen bis 37,4°, nachdem Pat. schon längere Zeit fieberfrei gewesen war.

Blutkörperchensenkung: 100 Teilstriche in 45 Minuten (stark beschleunigt).

Nüchtern Leukocyten: 12 800.

Über der rechten unteren vorderen Brustpartie, oberhalb der Lungen-Lebergrenze, Reiben hörbar, sonst percutorisch und auscultatorisch o. B. Leib: meteoristisch aufgetrieben.

Therapie: Wickel, Melubrin, Jodanstrich usw.

Im Laufe des Tages nehmen die Schmerzen an Intensität ab, wiederholen sich jedoch mehrmals mit ihren oben beschriebenen Ausstrahlungen.

31. 12.: Leib immer noch aufgetrieben.

Pleuraschmerzen haben nachgelassen. Heute keine Ausstrahlungen mehr in Schulter, Gesicht und Kiefer.

Röntgendurchleuchtung des Thorax: Beide Lungenspitzen und Lungenfelder o. B. Rechter Komplementärraum leicht verschattet. Rechtes Zwerchfell rollt sich nicht ab. Herz zeigt Linkshypertrophie.

1. 1. 1938: Pat. klagt noch über Schmerzen an der rechten unteren Lungengrenze bei tiefem Atmen, jedoch ohne Ausstrahlungen in Kiefer und Zähne.

Wind und Stuhl gehen wieder regelmäßig ab.

Pat. ist weiterhin bei strenger Diät und 2 mal 20 Einheiten Insulin zuckerfrei.

Nach 10 Tagen Abklingen der Temperatur und der Beschwerden von seiten der Pleura.

Am 26. 1. 1938 wird Pat. geheilt entlassen.

Diagnose: Als Komplikation am 30. 12. 1937 akute rechtsseitige Pleuritis sicca costalis, pulmonalis et diaphragmatica mit Schmerzirradiationen in den rechten Trigeminus (III. Ast) und leichtem reflektorischen Ileus. (8.)

Der 67jährige Patient mußte hochfiebernd, in schwerkrankem Zustande wegen eines Nackenkarbunkels bei Diabetes mellitus zur Krankenhausbehandlung eingeliefert werden und wurde durch entsprechende chirurgische (Incisionen) und innere Behandlung (Insulin, Diät usw.) nach einiger Zeit zucker- und fieberfrei.

Nach nur wenige Tage dauernden, leichten Schmerzvorboten traten plötzlich in der Nacht wahnsinnige, heftigste Schmerzen an der rechten vorderen unteren Lungengrenze auf mit Ausstrahlungen über rechte Schulter, rechte Halsseite bis in das rechtsseitige Trigeminusgebiet und zwar nur in den unteren, dritten Ast.

Als Ursache dieses Trigeminusschmerzphänomens fand sich eine auf derselben Seite befindliche, also rechtsseitige, akute, trockene Lungenfell-, Rippenfell-, Zwerchfellentzündung sicherlich infektiös-toxischer Natur.

Hervorzuheben sei noch die interessante klinische Beobachtungstatsache, daß Patient, um die Auslösung oder die Unterhaltung des Trigeminusschmerzanfalls zu vermeiden, jede passive oder aktive Mobilität der rechten Lunge mit Abwärtsbewegung des rechten Zwerchfelles vorsorglich peinlichst vermied durch krampfhaftes, absolut ruhiges Liegen in rechter Seitenlage, also gerade auf der Seite der Pleuraerkrankung, sowie durch ganz oberflächliches, flaches Atmen und leises Flüstern bei der Unterhaltung.

Fall 4: A. T., 48 Jahre, Direktor, Behandlung im St. Georg-Krankenhaus vom 31. 8. bis 30. 11. 1938.

Familienanamnese: Vater mit 64 Jahren an unbekannter Ursache gestorben, Mutter 78 Jahre alt, lebt, gesund.

Eigene Anamnese: Als Kind Masern, Scharlach.

1909/11 aktiv gedient. 1913 Übung im Kaisermanöver.

1914 geheiratet. Ehefrau und 1 Kind (21 Jahre) leben, gesund. Kein Abort der Ehefrau.

Vom 3. 8. 1914 bis September 1915 im Felde (Frankreich), dann ½ Jahr reklamiert. 1916/17 im Osten, dann reklamiert bis Kriegsende. Außer einem kleinen Streifschuß am Fuß keine Verwundungen oder Erkrankungen.

Wegen linksseitiger Hydrocele wurde Pat. am 31. 8. 1938 auf die chirurgische Abteilung des St. Georg-Krankenhauses (Prof. Most) zur Operation aufgenommen.

Auszug aus dem Krankenblatt der chirurgischen Abteilung:

Jetzige Erkrankung: Seit Jahren bestehende Hydrocele, die in den letzten Monaten größer geworden ist.

Objektiver Befund: Mittelgroßer adipöser Mann. Typus embolicus. Haut und Schleimhäute ausreichend durchblutet. Leichte Cyanose der Lippen. Innere Organe o. B.

Chirurgischer Lokalbefund: Linksseitige etwa zweifaustgroße Hydrocele.

1. 9. 1938: Operation nach Winkelmann (Prof. Most).

Krankheitsverlauf: Der Operationsverlauf war zunächst glatt und komplikationslos. Am 3. Tage post operationem Schmerzen in linker Wade (Thrombose?), die aber in den nächsten Tagen wieder vollständig schwanden.

Am 9. Tage post operationem gegen Morgen plötzlich starke Schmerzen im ganzen linken Bein mit heftigstem Brennen. Der linke Fuß und der linke Unterschenkel ist bis in die Nähe des Knies weiß und fühlt sich kalt an. Der Puls am Fußrücken ist nicht fühlbar. Sensibilität erhalten. Die Gegend der Femoralarterie am Poupartschen Bande druckschmerzhaft.

Diagnose: Embolie der linken Arteria femoralis mit drohender Gangraen des linken Beines.

Deshalb Embolectomieoperation gegen 11 Uhr in Lokalanaesthesie: Freilegung der l. A. femoralis direkt unterhalb des Poupartschen Bandes in etwa 8—10 cm Länge. Sie pulsiert nicht. Freilegung der pulsierenden Partie direkt unterhalb des Poupartschen Bandes. Abklemmung der Arterie oberhalb im pulsierenden Gebiete mit einer Höpfnerschen Klemme. Am Übergang der Pulsation in die Nichtpulsation kleiner, etwa 7 mm langer Längsschnitt. Man sieht den Embolus. Durch zarte massierende Bewegungen von unten herauf wird allmählich ein etwa 10 cm langes Gerinnsel in toto herausgedrückt. Die arterielle Blutung aus der peripheren Partie wird durch Anlegung einer zweiten Höpfnerklammer gestillt. Verschluß der Arterienwunde durch drei feinste Seidenknopfnähte. Kurze Tamponade. Die Blutung steht. Der vorher weißblasse Fuß ist durchblutet. Etagenverschluß der Weichteilwunde.

In der folgenden Nacht, nachdem Patient zunächst völlig beschwerdefrei war, traten heftigste Schmerzen im ganzen linken Bein auf. Die Extremität ist weiß und kühl. Hochgradigster Spasmus des ganzen Femoralis-Gefäßgebietes. Sofort Padutin und Eupaverin i. v. in hohen Dosen. Eine halbe Stunde später ist der Spasmus völlig behoben und die Extremität annähernd wieder normal durchblutet. Laufend erhält der Patient in den folgenden Wochen weiterhin Padutin und Eupaverin in hohen Dosen. Die spastischen Anfälle wiederholen sich in den ersten Tagen noch mehrere Male, lassen sich aber regelmäßig durch intravenöse Padutin- und Eupaveringaben beheben. Allmählich zunehmende gute Durchblutung des ganzen l. Beines, wenngleich lediglich am Fuß die Durchblutung besonders im Zehengebiet noch auf Schwierigkeiten stößt. So bildet sich am Großzehenballen und an der Ferse je eine etwa markstückgroß schlecht ernährte Partie aus. An der Ferse und an der Außenseite der Fußsohle, wo ebenfalls ein kleiner Nekroseherd sich entwickelt, bleibt die Nekrose oberflächlich und trocknet ein. Die drohende Nekrose am Endglied der großen Zehe regeneriert sich vollständig. An der Dorsalis pedis ist der Puls deutlich zu fühlen. Die Durchblutung des l. Beines ist eine vollständige.

Keine Bewegungsstörungen, keine Sensibilitätsstörungen. Pat. erhält laufend dreimal täglich 20 Tropfen Padutin. Gleichzeitig Eupacotabletten.

Pat. wurde nach der Embolectomie etwa 14 Tage lang mit Bettruhe und Hochlagerung des Beines behandelt, dann wurde er im Bett aufgesetzt und die Extremität nach unten gehängt, zunächst für ganz kurze Zeitspanne, allmählich mehr und mehr. Nach Ablauf der dritten Woche Aufstehversuche und Umhergehen. Pat. kräftigt sich mehr und mehr und macht bereits längere Spaziergänge auf dem Korridor.

19. 10. 1938: Internistische Untersuchung durch Primärarzt Doz. Dr. Severin: Pat. gibt an, er leide seit 1½ Jahren an Anfällen von Schmerzen in der Herzgegend, die in linke Schulter, linken Arm und Rücken ausstrahlen mit Schweißausbruch, Angstgefühl, Beklemmung und Unruhe in der Herzgegend. Im Anfall bekommt Pat. rotes Gesicht, starkes Augentränen beiderseits, kein Speichelfluß. Die Anfälle treten besonders nach Aufregungen (Sitzungen usw.) und körperlichen Anstrengungen auf, anfangs alle 14 Tage, in letzter Zeit 3 Anfälle in der Woche.

Objektiver Befund: Herz bis Mammillarlinie vergrößert. Töne rein, keine Geräusche. II. Aortenton nicht akzentuiert. Puls: 104, klein, regelmäßig, wenig gespannt. Blutdruck 120.

Herz röntgenologisch nach rechts und links verbreitert. Schlaffe Herzkonturen, Aorta vorspringend, breit, tiefschattig.

Blutwassermann: negativ.

Elektrokardiogramm: Diffuse Myocardschädigung.

Sonstige innere Organe: o. B.

Diagnose: Myodegeneratio cordis arteriosclerotica mit bds. Herzvergrößerung und Angina pectoris-Anfälle infolge Aortitis arteriosclerotica.

Am 20. 10. 1938 morgens gegen 4 Uhr — Pat. lag wach im Bett — plötzlich heftige Schmerzen in vorderer Lebergegend, die seitlich und nach hinten zum Rücken ausstrahlten, gegen Mittag an Intensität zunahmen und dann nach aufwärts (seitlich und hinten) zur rechten Schulter, in den rechten Oberarm, rechte Halsseite, rechten Unterkiefer und die rechte untere Zahnreihe zogen, so daß Pat. nicht kauen konnte, da „alles im Mund wie geschwollen

war". Zugleich bestand Fieber, morgens 37,4°, abends 38,4° C. Puls 120. Kein Hustenreiz, kein Auswurf.

21. 10. 1938: Pat. wird der Inneren Abteilung (Doz. Dr. Severin) zur Mitbehandlung überwiesen.

Objektiver Befund: Lungen-Lebergrenze vorn nicht feststellbar, Lungenschall geht sofort in Tympanie über. Rechts hinten unten: handbreite Dämpfung, fast bronchiales Atmungsgeräusch, Knisterrasseln. Sonst Lungen o. B. Kein Auswurf. Kein Herpes labialis.

Fieber: 37,6°—38,3° C. Puls: 102—108.

Herz: Herztöne rein. Herzaktion regelmäßig, beschleunigt.

Diagnose: Rechtsseitiger Lungeninfarkt (Unterlappen) mit rechtsseitiger akuter Pleuritis diaphragmatica infolge von Lungenembolie, sicherlich von einem rechten Herzthrombus herrührend, mit rechtsseitigen Trigeminusschmerzirradiationen (III. Ast).

Therapie: Transpulmin, Sulfoguacol, Gelonida antineuralgica, Cardiazol.

22. 10. 1938: Die Schmerzen gehen jetzt von der rechten vorderen Zwerchfell-Lebergegend nach links vorn (Zwerchfellgegend) über und strahlen dann aufwärts in die linke Schulter und linken Oberarm, dabei reißende Schmerzen im linken Unterkieferknochen und dessen Zähne. Rechter Kiefer schmerzfrei.

Objektiver Lungenbefund: Rechts hinten unten derselbe wie gestern; links unten vorne, seitlich und hinten perkutorisch und auskultatorisch noch o. B.

23. 10. 1938: Etwas Blutspucken.

Die Schmerzen, die von linker unterer Brustseite bis in die linke Gesichtshälfte ausstrahlen, nehmen an Intensität zu.

Lungenbefund: Rechts hinten unten 3 Querfinger breite Dämpfung, Vesikuläratmen, etwas Reiben, kein Knistern mehr. Rechts vorn: o. B. Links hinten unten: 3 Querfinger breite Dämpfung, lautes Bronchialatmen, kein Knisterrasseln. Links seitlich und vorn perkutorisch und auskultatorisch o. B.

Herz: nach rechts und links verbreitert. Töne rein. Keine Geräusche.

Puls: etwas klein, 92—100. Temperatur 37,5°—38,1° C.

Diagnose: neben dem rechtsseitigen noch ein linksseitiger Lungeninfarkt (Unterlappen) mit linksseitiger Pleuritis diaphragmatica acuta und Blutspucken nach erneuter Lungenembolie infolge Myocarditis mit linksseitigen Trigeminusschmerzirradiationen (III. Ast).

24. 10. 1938: Etwas Blutspucken. Auswurf: Tuberkelbazillen negativ. Lungenbefund wie am 23. 10. 1938.

Puls: 90—94. Temperaturen 36,8°—37,5° C.

25. 10. 1938: Noch Blutspucken. Es bestehen Schmerzen an linker unterer Lungengrenze vorn, seitlich und hinten bis in die Achselhöhle ziehend, etwas in linke Schulter und linken Oberarm strahlend. Gesicht, Kiefer und Zähne beiderseits vollkommen schmerzfrei.

Lungenbefund: Rechts hinten unten 2 Querfinger Dämpfung, Vesikuläratmen, spärliches Knistern; links hinten unten 4 Querfinger Dämpfung, lautes Bronchialatmen, spärliches Knisterrasseln.

Herz: Töne rein, laut. Herzaktion regelmäßig.

Puls: 88. Temperaturen: 36,5°—37,3° C.

Nüchtern Leukocyten: 4800.

26. 10. 1938: Schmerzen links seitlich am Zwerchfell. Etwas Blutspucken.

Lungenbefund: Rechts hinten unten 2 Querfinger Dämpfung, Vesikuläratmen, Knisterrasseln; links hinten unten 4 Querfinger Dämpfung, Vesikuläratmen, kein Knisterrasseln mehr.

27. 10. 1938: Auswurf etwas reichlicher, blutig, dunkelrot. Schmerzen links seitlich unten in Zwerchfellgegend, besonders beim Husten, Niesen, die nach aufwärts in linke Schulter und heute morgen wieder in linken Unterkiefer ziehen: Prickeln und Kribbeln in der Haut des Unterkiefers, in den Zähnen und im Unterkiefer selbst taubes, totes Gefühl.

Lungenbefund: Links hinten unten 4 Querfinger Dämpfung, vesikuläres Inspirium, hauchendes, bronchiales Exspirium, Knisterrasseln; rechts wie am 26. 10. 1938.

Temperaturen: 36,5°—37,4° C.

28. 10. 1938: Spärliches, dunkelrotes, blutiges Sputum.

Temperaturen: 36,5°—37° C.

29. 10. 1938: Schmerzen links seitlich und vorn unten. Kribbeln und Krabbeln im linken Unterkiefer. Keinerlei Schmerzen mehr rechts.

Spärliches dunkelrotes Sputum.

Seit heute Temperaturen normal bis 37° C.

30. 10. 1938: Schmerzen links vorn unten. Im linken Unterkiefer taubes Gefühl.

Temperatur normal.

1. 11. 1938: Kein Blutspucken, kein Auswurf mehr.

Noch Schmerzen links unten vorn. Nachts im linken Unterkiefer Gefühl des Taubseins.

Lungenbefund: Beiderseits unten vielleicht Spur Dämpfung, jedoch reines Vesikuläratmen.

4. 11. 1938: Morgens leichte Schmerzen im linken Unterkiefer. Rechter Kiefer o. B. Hitze in rechter Kopfseite.

Nachmittags: Plötzlich starke Schmerzen rechts vorn und links vorn unten (Zwerchfellgegend), dabei Angstgefühl und Atemnot.

Herzaktion stark beschleunigt. Puls: frequent, 172 Schläge in 1 Minute, klein, wenig gespannt.

5. 11. 1938: Starke Cyanose, Dyspnoe. 30 Atemzüge in der Minute.

Puls: 112. Temperaturen bis 37,4° C. Blutdruck: 110/95 mmHg. Heute erneutes hellrotes Blutspucken.

Lungenbefund: Rechts hinten unten wieder handbreite Dämpfung, fast bronchiales Atmungsgeräusch, keine Nebengeräusche.

6. 11. 1938: Blutspucken.

7. 11. 1938: Schmerzen in der Herzgegend und rechts unten vorn und seitlich.

Lungenbefund: Rechts vorn keine Dämpfung, Vesikuläratmen; rechts hinten unten handbreite Dämpfung, Bronchialatmen, kein Rasseln, kein Reiben. Links keine Dämpfung, Vesikuläratmen, vorn unten und seitlich feinstes Reiben.

Temperatur: 37,5° C. Puls 100.

Diagnose: Rezidivierender dritter Lungeninfarkt rechts, links (?) nach erneuter Lungenembolie.

8. 11. 1938: Atemnot, Angstgefühl am Herzen und Schmerzen links vorn unten. Im linken Unterkiefer bis ans Ohr taubes Gefühl (zirka 20 Minuten lang).

Auswurf: spärlich, blutig (dunkel).

9. 11. 1938: Herzangst ohne Kieferschmerzen.

Sputum: spärlich, dunkelrot.

10. 11. 1938: Schmerzen in der Herzgegend, die in linke Schulter und linken Oberarm ausstrahlen, keine Gesichtsschmerzen mehr.

Noch ganz spärliches dunkelrotes Sputum.

11. 11. 1938: Herzschmerzen.

Auswurf noch ganz spärlich, dunkelrot.

12. 11. 1938: Kein Auswurf. Temperatur normal.

14. 11. 1938: Ab und zu Herzschmerzen beim tiefen Atmen und Husten. Nachts 20 Minuten dumpfes Gefühl im linken Unterkiefer und dessen Zähnen.

Wieder spärlicher, blutiger Auswurf.

15. 11. 1938: Ganz spärlicher, blutiger Auswurf.

Schmerzen in der Herzgegend, die ab und zu in linke Schulter und linken Oberarm ausstrahlen. Gesicht, Kiefer, Zähne o. B.

Lungenbefund: Rechts hinten unten 3 Querfinger breite Dämpfung, unbestimmtes Atmungsgeräusch, Knisterrasseln. Links normaler Lungenbefund.

16. 11. 1938: spärlich dunkelroter Auswurf.

17. 11. 1938: Spärliches, schleimiges, eitriges Sputum, nicht mehr bluthaltig.

Leichte Herzschmerzen, die in linken Arm ausstrahlen.

18. 11. 1938: Dieselben subjektiven Beschwerden.

Kein Auswurf.

Temperatur dauernd normal seit 13. 11. 1938.

20. 11. 1938: Leichte Herzschmerzen. Paraesthesie in linker Kinnhälfte (taubes Gefühl).

21. 11. 1938: Dieselben subjektiven Beschwerden.

23. 11. 1938: Aufstehen.

26. 11. 1938: Pat. hat noch immer leichte Schmerzen in der Herzgegend, die in linke Schulter und Oberarm ausstrahlen und taubes Gefühl im Kinn links.

28. 11. 1938: Keine Herzschmerzen.

29. 11. 1938: Elektrokardiogramm: S—T 1 und 2 gesenkt abgehend. T 1 relativ flach. T 2 sehr flach. T 3 isoelektrisch. Diagnose: Allgemeine Myocardschädigung.

30. 11. 1938: Pat. wird nach Haus entlassen.

Diagnose: Rezidivierende Lungeninfarkte beider Unterlappen mit Haemoptoe, beider-

seitiger Pleuritis sicca acuta (basalis s. diaphragmatica) und gleichseitigen Schmerzirradiationen in Gesicht, Kiefer und Zähne (Trigeminus Ast III) infolge von rezidivierender Lungenembolie bei Myodegeneratio cordis.

Bei dem klinisch höchst bemerkenswerten Falle handelte es sich um einen 48jährigen Direktor, der wegen einer banalen Hydrocelenoperation ins Krankenhaus kam, die in Lokalanaesthesie vorgenommen wurde.

Wie aus der internen Anamnese und dem objektiven physikalischen, röntgenologischen und elektrokardiographischen Herzbefund hervorging, hatte Patient sicherlich eine arteriosklerotische Herzmuskelschädigung mit beiderseitiger Herzverbreiterung und eine Arteriosklerose der Hauptkörperschlagader mit typischen Angina pectoris-Anfällen seit 1½ Jahren. Infolge dieses Herzmuskelleidens trat 9 Tage nach der Operation eine durch einen Thrombus aus dem linken Herzabschnitt (linkes Herzohr) hervorgerufene arterielle Embolie der linken Arteria femoralis auf mit drohendem Brand des linken Beines. Nur die sofortige, erfolgreiche chirurgische Intervention (Embolektomie) rettete den Patienten vor einer Gangrän bzw. vor einer Amputation des linken Beines.

5 Wochen später, schon in der Rekonvaleszenz, bekam Patient dann plötzlich, verursacht wohl durch das gleiche obige Herzmuskelleiden, wiederholte Lungenembolien, hervorgerufen durch Thromben aus dem rechten Herzabschnitt (rechtes Herzohr), mit jedesmaligen Lungeninfarkten beider Unterlappen (Haemoptoe), beiderseitiger trockener Rippenfellentzündung und Trigeminusschmerzirradiationen.

Besondere Beachtung verdient die Tatsache, daß die Trigeminusschmerzausstrahlungen stets gleichzeitig und stets gleichseitig mit den wiederholten Lungeninfarkten und den sie begleitenden Pleuritiden auftraten und immer auf den unteren (III.) Trigeminusast beschränkt blieben.

Fall 5: H. F., 48 Jahre, Handwerkersfrau, Behandlung im St. Georg-Krankenhaus vom 12. 10. bis 21. 12. 1938.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind Masern, Diphtherie.

Erste Menses mit 13 Jahren, 28 Tage, seit 1 Jahr unregelmäßig, mit großen Pausen, letzte Menses zurzeit.

Mit 23 Jahren verheiratet. Ehemann und 4 Kinder gesund. Kein Abort.

1907 Gelenkrheumatismus und Chorea minor.
1917 schwere Grippe.
1924 nach einer Geburt Thrombose und Mastitis.
1927 Scharlach.
1930 Unterleibsoperation.

Jetzige Klagen: Seit etwa 10 Wochen Schmerzen und Schwellung des linken Unterschenkels bis zum Knie, Müdigkeit, Mattigkeit.

Seit 6 Wochen bettlägerig.

Am 11. 6. plötzlich Schmerzen in linker Brustseite am Rippenbogen und im Kreuz mit Husten.

13. 10. Objektiver Befund: Kleine, fettreiche Frau. Haut blaß-gelblich. Sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet.

Blutstatus:

Hämoglobin	107%
Erythrocyten	5 360 000
Färbeindex	0,9
Nüchtern Leukocyten	12 800
Differentialzählung:	
Stabkernige Leukocyten	2%
Segmentkernige Leukocyten	64%
Eosinophile Leukocyten	2%
Basophile Leukocyten	0
Lymphocyten	26%
Monocyten	6%

Blutkörperchensenkung (May-Buchwald): 62 Teilstriche in 1 Stunde (achtfach beschleunigt).

Blutwassermann: negativ.

Mundhöhle: Gebiß defekt.

Zunge: feucht.

Rachenorgane: o. B.

Thorax: Linke Brustseite bleibt bei Atmung etwas zurück. Lungengrenzen an normaler Stelle. Links hinten unten handbreite leichte Dämpfung, Vesikuläratmen, pleuritisches Reiben.

Cor: Spitzenstoß weder sicht- noch fühlbar. Herzgrenzen: 1 Querfinger vom rechten Sternalrand — III. Rippe — linke Medioclavicularlinie. Herzaktion unregelmäßig. Töne leise, unrein.

Puls: frequent, 84—100, unregelmäßig, ungleichmäßig, mittelvoll, mittelgespannt.

Blutdruck: 130/90 mmHg.

Abdomen: weich, überall Tympanie.

Leber: in Mamillarlinie am Rippenbogen, in Mittellinie 3 Querfinger unter Processus xiphoides.

Milz: 1 Querfinger unter Rippenbogen palpabel, druckschmerzhaft.

Extremitäten: Am linken Unterschenkel und Knie schmerzhafte Schwellung und Varicen.

Nervensystem: o. B.

Katheterurin: Albumen positiv, Saccharum negativ, im Sediment reichlich Leukocyten, mäßig Erythrocyten, hyaline Zylinder, einzelne Epithelien.

Temperatur: bis 38,5° C. Puls: 100.

Auswurf: spärlich, schleimig, eitrig, nicht blutig.

Diagnose: Leichte Thrombophlebitis des linken Unterschenkels, Varicen, Myocarditis mit Herzerweiterung, Lungenembolie mit linksseitigem Lungeninfarkt (Unterlappen) und linksseitiger Pleuritis sicca acuta.

Therapie: Hochlagerung des linken Beines, Thioseptverband, Novalgin, Salicyl, abends Codein, Jodanstrich, Transpulmin.

15. 10.: Temperatur normal.

17. 10.: Stärkerer Husten. Kein Blutspucken.

Links hinten unten keine Dämpfung mehr, Vesikuläratmen, aber noch pleuritisches Reiben.

25. 10.: Nüchtern Leukocyten: 10400.

Anginöse Herzbeschwerden. Herzaktion immer noch unregelmäßig.

Linkes Bein von Mitte des Oberschenkels ab kälter als rechts. Pat. erhält zweimal täglich 1 ccm Padutin subcutan, Lichtkasten.

29. 10.: Pat. klagt heute über Kältegefühl im rechten Bein. Linkes Bein o. B.

Puls der Art. dorsalis pedis rechts nicht fühlbar.

Weiter Padutininjektionen, Lacarnol.

Blutdruck: 110 mmHg.

Lungen: o. B.

30. 10.: Puls beider Art. dorsalis pedis zu fühlen.

Rechter Fuß fühlt sich noch kühl an.

7. 11.: Pat. klagt heute plötzlich über Husten, Blutspucken und Schmerzen rechts hinten an den unteren Rippen. Rechts

hinten unten handbreite, leichte Dämpfung, abgeschwächtes, unbestimmtes Atmungsgeräusch, Knisterrasseln.

Sputum: spärlich, rein blutig.

Diagnose: Rechtsseitiger Unterlappeninfarkt infolge erneuter Lungenembolie.

8. 11./9. 11.: Blutiger Auswurf.

10. 11.: Puls 84, unregel-, ungleichmäßig.

Noch Blutspucken. Auswurf rein blutig.

11. 11.: Abends 23 Uhr plötzlich heftigste Schmerzen am rechten Zwerchfell vorn und hinten, die in die rechte Schulter ausstrahlen und in die rechte Gesichtshälfte. Es besteht „starkes Reißen" in der ganzen rechten Gesichtshälfte (Haut, Zähne, Kiefer).

Diagnose: Rechtsseitige Pleuritis diaphragmatica mit Schmerzirradiationen in rechte Schulter und rechten Trigeminus (Äste I, II, III).

13. 11.: Noch Blutspucken.

Es bestehen noch Schmerzen am rechten Zwerchfell, keine Schulter- oder Gesichtsschmerzen mehr.

14. 11.—20. 11.: Es besteht noch dunkelrotes, bluthaltiges Sputum. Langsame Besserung.

Lungen: o. B.

Es bestehen weiterhin anginöse Herzbeschwerden mit Arhythmie des Pulses.

3. 12.: Aufstehen.

Blutdruck: 135 mmHg.

21. 12.: Entlassung nach Haus.

Diagnose: Bei Beginn der Erkrankung leichte Thrombophlebitis und entzündete Varicen des linken Unterschenkels, ferner Myocarditis mit Vergrößerung des Herzens und starker Arhythmie, während des Krankheitsverlaufs auftretende rezidivierende Lungenembolien (sicherlich vom rechten Herzohr ausgehend) mit beiderseitigem Lungeninfarkt (Blutspucken), akuter Pleuritis sicca sinistra, Pleuritis diaphragmatica dextra und einmaliger Schmerzirradiation bis in rechte Schulter und rechte Gesichtshälfte (Trige-

minus I/II/III), ferner arterielle Gefäßkrämpfe in beiden Unterschenkeln, rechts stärker als links (kleine arterielle Embolien aus dem linken Herzohr?).

Nach Bericht der Angehörigen ist Pat. wenige Wochen nach der Entlassung zu Haus plötzlich verstorben, wohl infolge einer erneuten Embolie.

Bei diesem Fall handelte es sich, ähnlich wie im Falle 4, um eine Erkrankung des Herzmuskels, eine schwere Myocarditis, mit rezidivierenden, von rechten Herzthromben herrührenden Lungenembolien, anschließenden Lungeninfarkten beider Unterlappen und trockenen Pleuritiden. Nur bei dem letzten rechtsseitigen Lungeninfarkt, bei dem eine Pleuritis basalis s. diaphragmatica hinzutrat, wurden die charakteristisch gleichseitigen, nur rechtsseitigen Trigeminusschmerzirradiationen festgestellt, die sich in diesem Falle jedoch in alle 3 Trigeminusäste erstreckten.

Fall 6. E. M., Beamtenfrau, 27 Jahre alt, Behandlung im St. Georg- Krankenhaus vom 13. bis 27. 3. 1939.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind zweimal Lungenentzündung.

1. Menses mit 13 Jahren, stets unregelmäßig, schmerzhaft. Letzte Menses Anfang Dezember 1938.

Mit 19 Jahren verheiratet. Ehemann gesund, keine Kinder. 1938 eine Fehlgeburt im 2. Monat.

Am 20. 2. 1939 Aufnahme auf die gynäkologische Abteilung des St. Georg-Krankenhauses (Primärarzt Dr. Becker) wegen geplatzter Eileiterschwangerschaft. Deshalb am 25. 2 39

Operation: isoliertes Absetzen der rechten gurkendickgeschwollenen Tube. Im Douglas wenig teerfarbenes Blut.

Seit 8. 3. 39 steht Patient zeitweilig auf.

Am 11. 3. 39 morgens stellten sich plötzlich, als Patientin nach dem Nachtstuhl im Zimmer gehen wollte, heftigste, stechende Schmerzen an der rechten hinteren unteren Lungengrenze beim Atmen ein, dabei Hustenreiz, jedoch kein Auswurf oder Atemnot. Am 12. 3. traten dieselben Schmerzen auch an der linken hinteren unteren Lungengrenze auf.

Da am 13. 3. 39 das beiderseitige Stechen stärker wurde, wurde Patientin auf die Innere Abteilung (Primärarzt Doz. Dr. Severin) verlegt.

13. 3. 39: Objektiver Befund: Mittelgroße Patientin in gutem Ernährungszustand und Kräftezustand.

Haut und sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet.

Keine Oedeme, Exantheme oder Varicen.

Kopf, Hals, Mundhöhle: o. B.

Brustkorb: gleichmäßig gewölbt, dehnt sich links nicht so gut aus wie rechts.

Über der linken Lunge hinten handbreite Dämpfung mit unbestimmtem (bronchovesikulärem) Atmungsgeräusch und Knisterrasseln. Über der rechten Lunge normaler Klopfschall. Rechts hinten unten verschärftes Vesikuläratmen ohne Nebengeräusche.

Auswurf nicht vorhanden.

Herz: Spitzenstoß weder sicht- noch fühlbar. Grenzen: 1 Querfinger außerhalb des rechten Sternalrandes — III. Rippe — 1 Querfinger innerhalb linker Mammillarlinie. Töne rein. Keine Geräusche.

Puls: regel-, gleichmäßig, gut gefüllt, mäßig gespannt, 84 Schläge in der Minute.

Blutdruck: 110 mm Hg.

Abdomen: symmetrisch gebaut. Überall Tympanie. Keine Resistenz zu fühlen. Quer über der Symphyse eine 15 cm lange, gerötete Narbe.

Leber, Milz: o. B.

Extremitäten: o. B.

Nervensystem: alle Reflexe normal auslösbar.

Urin: Eiweiß (+) Spur, Zucker, negativ; im Sediment: spärliche Epithelien und Leukocyten.

Temperatur: morgens 36,4, abends 37,8°.

Diagnose: Lungeninfarkte beider Unterlappen (l. > r.) mit beiderseitiger Pleuritis diaphragmatica infolge Lungenembolie.

Therapie: Melubrin, Cardiazol, Jodanstrich beiderseits, strengste Bettruhe.

14. 3.: Nüchtern Leukocyten 5800.

16. 3.: Während in den vorangegangenen Tagen Temperaturen bis 37,8° abends bestanden, ist Patientin heute fieberfrei.

Patientin klagt über Schmerzen an der linken unteren Lungengrenze vorn, seitlich und hinten, besonders bei tiefem Atmen,

Niesen oder Husten. Rechts keine Schmerzen mehr über der unteren Lunge.

23. 3.: Nüchtern Leukocyten 7200.

Patientin klagt heute neben den obigen verstärkten stechenden Schmerzen an der linken unteren Lungengrenze plötzlich noch über stechende Schmerzen in der linken Halsseite und in beiden Unter- und Oberkiefern und allen Zähnen. Diese beiderseitigen Zahn- und Kieferschmerzen halten einige Stunden an und lokalisieren sich dann für einige Stunden nur im linken Unter- und Oberkiefer und deren Zähnen, genau bis zur Mitte reichend.

Lungenbefund: Links hinten unten und seitlich handbreite Dämpfung mit vesikulärem Inspirium und leisem bronchialem Exspirium ohne eigentliche Nebengeräusche. Rechte Lunge und rechtes Rippenfell: o. B.

Herz: o. B. Puls: o. B.

Temperatur stets normal.

Diagnose: Erneuter linksseitiger Lungeninfarkt durch Lungenembolie.

27. 3. 39: Seit 23. 3. keine Zahn- oder Kieferschmerzen; wohl noch Schmerzen an der linken hinteren unteren Lungengrenze bei tiefem Atmen usw. wie früher.

Patientin wird auf eigenen Wunsch noch bettlägerig krank nach Hause entlassen.

Diagnose: Recidivierende Lungeninfarkte (links > rechts) mit beiderseitiger Pleuritis basalis s. diaphragmatica (links > rechts) nach Lungenembolien, ausgehend von einer Beckenvenenthrombose im Anschluß an eine Tubargraviditätsoperation mit einmaliger Trigeminusschmerzirradation im III. und II. Ast beiderseits.

Im letzten Fall handelte es sich um eine junge Frau, die mit geplatzter Tubargravidität zwecks Operation zur Aufnahme ins Krankenhaus kam.

15 Tage nach der Operation trat ein kleiner Lungeninfarkt des rechten Unterlappens auf mit rechtsseitiger Pleuritis diaphragmatica, am nächsten Tage ein weiterer, größerer Infarkt des linken Unterlappens mit einer linksseitigen Pleuritis diaphragmatica, sicherlich infolge — durch losgelöste Beckenvenenthromben verursacht — beiderseitiger Lungenembolien, zunächst

mit lokalisierten Schmerzen beiderseits in der unteren Lungen-Zwerchfellgegend.

Während die rechtsseitigen Schmerzen und auch der r. Lungen-Rippenfellbefund in wenigen Tagen restlos verschwanden, blieben die linksseitigen Schmerzen längere Zeit bestehen, um nach knapp weiteren 14 Tagen — wohl infolge einer erneuten linksseitigen Lungenembolie — an Intensität zuzunehmen und in die linke Halsseite und für wenige Stunden in beide Unter- und Oberkiefer und deren Zähne auszustrahlen, um sich dann für einige Stunden nur in dem linken Ober- und Unterkiefer und deren Zähnen zu lokalisieren.

Interessant ist in diesem Falle, daß in dem Trigeminusschmerzanfall, ähnlich wie es Severin (1, 2, 4) in Angina pectoris-Anfällen häufig beobachtete, keine — wie in den vorangegangenen 5 Fällen — der Pleuraerkrankung entsprechende ein- und gleichseitige, sondern auf dem Höhepunkt des Anfalls für kurze Zeit erst eine beiderseitige Schmerzausstrahlung in die unteren und mittleren Trigeminusäste erfolgte, die sich dann beim Abklingen desselben auf der der Lungen-Pleuraerkrankung entsprechenden linken Gesichtshälfte lokalisierte.

Wenn wir den Entstehungsmechanismus bzw. die Ursache des oben angeführten Trigeminusschmerzphänomens bei Pleuritis bzw. Lungeninfarkt zu erklären versuchen, so müssen wir zunächst den Ausführungen Heads (1. c.) folgen.

Nach seinen grundlegenden Untersuchungen entsprechen nämlich den einzelnen inneren Organen ganz bestimmte Zonen der Körperoberfläche — Headsche Zonen genannt —, deren sensible Versorgung aus denselben Segmenthöhen des Rückenmarks entspringt, durch welche die sympathische Innervation dieser inneren Organe geht.

Verursacht z. B. irgend ein Krankheitsprozeß in einem inneren Organ stärkere Erregung der vom Organ zum Rückenmark laufenden afferenten sympathischen Nervenfasern, so kann diese gesteigerte Erregung auf benachbarte, in derselben Rückenmarkshöhe befindliche Zentren cerebrospinaler Nerven übergreifen und sensible, motorische und andere Nerven, die von diesem Teil des Rückenmarks ausgehen, reizen (sogenannter viscero-sensorischer, viscero-motorischer Reflex). Die auf diese Weise entstehenden einzelnen Phänomene, wie Schmerz, Hyperalgesie, Paraesthesie, Thermhyperaesthesie, vermehrte Vaso-

motorenerregbarkeit einerseits, Muskelspannung, Muskelhärte bzw. Muskelkontraktion der äußeren Körperwand, Druckschmerzhaftigkeit der Körpermuskulatur andererseits in den zugehörigen peripheren Verzweigungsgebieten dieser cerebrospinalen Nerven sind so als Zeichen einer auf dem Wege afferenter Nerven vermittelten Erregung anzusehen, also durch Irradiation in bestimmte Segmente bedingt.

Auch Herpes-zoster-Ausschlag kann bei Erkrankungen eines inneren Organes in einem Hautbezirk auftreten, der nach den Headschen Lehren in Beziehungen zu dem betreffenden Organ steht. Nach Head decken sich die herpetischen Zonen fast vollständig mit den hyperalgetischen Schmerzzonen (Severin 9).

Dementsprechend müssen wir uns vorstellen, daß in unseren Fällen von Erkrankungen der Lunge und des Rippenfells bei starker Erregung des die Lungen innervierenden Nervus vagus oder des das Rippenfell innervierenden Nervus phrenicus durch Vermittlung des Nervus vagus oder Sympathicus Reizübertragungen auf den oberen Teil des Rückenmarks bzw. die Medulla oblongata stattfinden. Dort werden dann die benachbarten sensorischen Zellen des Trigeminuskerns in Mitleidenschaft gezogen, wodurch die Entstehung des Schmerzes im Gesicht, Zahn- und Kiefergebiet ihre Erklärung finden.

Wenn auch der Entstehungsmechanismus des Trigeminusschmerzphänomens bei Erkrankungen des Rippenfells und der Lungen noch nicht restlos geklärt ist, so sind doch die von Severin beobachteten Fälle, über die er zum Teil schon 1935 in einem Vortrag (4) berichtet hat, für den Zahnarzt von größtem Interesse nicht nur hinsichtlich der Seltenheit der klinischen Beobachtung und der richtigen diagnostischen Deutung und Verwertung dieser seltenen Trigeminusschmerzerscheinungen, sondern besonders hinsichtlich ihrer praktisch-therapeutischen Behandlung.

Wie uns die ausführlich mitgeteilten 6 Fälle lehren, kann es bei Erkrankungen innerer Organe, in unseren Fällen speziell des Rippenfells und der Lunge infolge des viscero-sensorischen Reflexes zu klinischen Krankheitsbildern kommen, die fälschlicherweise als Zahn- und Kiefererkrankungen, als echte Trigeminusneuralgie bzw. Trigeminusneuritis angesehen werden könnten und evtl. zu falschen und so erfolglosen therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Kiefer und Zähne oder im sonstigen Gebiet des Nervus trigeminus führen müßten. So ließ Severin in der Doktor-Dissertation von W. Schneider (1. c.): „Zahn-, Kiefer- und Gesichtsschmerzen bei Angina pectoris in ihrer Bedeutung für den Zahnarzt“ höchst seltene, bis dahin

noch nicht beobachtete Fälle beschreiben, bei denen die stenokardischen Schmerzen vom Nervus trigeminus ausgingen, zunächst längere Zeit unter dem Bilde der reinen Trigeminusneuralgie verliefen und so selbständig das klinische Bild als reiner „Bewegungszahnschmerz" beherrschten. Unter Verkennung des Grundleidens kam es dann wiederholt zu chirurgischen Manipulationen bzw. sogar zu Extraktionen völlig gesunder Zähne.

Nach Severin (1. c.) muß bei irradiierenden Trigeminusschmerzen stets erst das erkrankte innere Organ gesucht werden und dann dieses vor allem der Behandlung zugeführt werden.

Somit komme ich zu dem eigentlichen Sinn und der praktischen Bedeutung der vorliegenden Arbeit: Alle von einem Patienten angegebenen Schmerzen, Schmerzsymptome und -erscheinungen müssen bei der Diagnosestellung einer Erkrankung Berücksichtigung finden. Oft werden von seiten des Patienten Angaben gemacht, die im ersten Augenblick dem Arzt ganz unverständlich, ja rätselhaft erscheinen und deshalb wohl manchmal von ihm als nicht wahrscheinlich angenommen werden, aber bei Kenntnis der mannigfachen Schmerzphänomene bei inneren Organerkrankungen doch als wahr angenommen werden müssen.

Mitunter kann gerade die Berücksichtigung eines solchen Schmerzphänomens zur Erhärtung einer exakten Diagnose und somit zur Anwendung einer richtigen Therapie von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Schließlich soll die Arbeit erneut darauf hinweisen, daß der Zahnarzt mit dazu beitragen kann, daß ein außerhalb seines Spezialgebietes bestehendes inneres Leiden erkannt und der Heilung von berufener Seite zugeführt wird.

Am Schluß meiner Arbeit möchte ich nicht versäumen, Herrn Primärarzt Dozent Dr. Severin für die Überlassung des Themas, der Krankenblätter sowie für das freundliche Entgegenkommen bei Anfertigung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Severin: Angina pectoris unter dem Bilde der Trigeminusneuralgie. Klin. Wochenschr. 1929, S. 1786.
2. Schneider: Zahn-, Kiefer- und Gesichtsschmerzen bei Angina pectoris in ihrer Bedeutung für den Zahnarzt. Dissertation 1931, Breslau.
3. Severin: Zahn- und Kieferschmerzen bei inneren Organerkrankungen. Schles. Zahnärztl. Gesellschaft 10. 11. 1929.
4. Severin: Irradiierende Schmerzen in Gesicht, Kiefer und Zähne bei inneren Organerkrankungen. Vortrag in der Schles. Gesellschaft für vaterl. Kultur (Mediz. Sektion) am 6. 11. 1935.
5. Staehelin: Mohr-Staehelin: Handbuch der inneren Medizin II. Band, II. Teil.
6. Ortner: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. Band I, 1. und 2. Teil 1919.
7. Head: Sensibilitätsstörungen der Haut, 1898.
8. Severin:
   a) Reflektorischer Ileus bei inneren Organerkankungen. Breslauer Chirurg. Gesellschaft. Zentralblatt f. Chirurgie 1927, Nr. 38, S. 96.
   b) Reflektorischer Ileus bei Pneumonie und bei durch Lungenembolie verursachtem Lungeninfarkt mit Pleuritis sicca. Breslauer Chirurg. Gesellschaft. Zentralblatt f. Chirurgie 1929, Nr. 46, S. 37.
   c) Die Bedeutung des Hodendruckschmerzes für traumatische Erkrankungen der Nierengegend. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1926, Bd. 39, S. 159.
9. Severin: Herpes zoster bei inneren Organerkrankungen. Deutsche Mediz. Wochenschr. 1926, Nr. 22.

Lebenslauf.

Am 12. Dezember 1908 wurde ich in Lissa, Provinz Posen, geboren. Mein Vater war dort Rektor an der katholischen Volksschule. Von Ostern 1915 bis Oktober 1918 besuchte ich die Volksschule in Lissa, kam dann nach dem Umzuge meiner Eltern nach Obernigk, Kreis Trebnitz, wo mein Vater ein Erziehungsheim gründete, an die dortige Mittelschule und besuchte schließlich von 1923 bis 1929 die Aufbauschule in Habelschwerdt, wo ich die Reifeprüfung bestand.

Im April 1929 immatrikulierte ich mich an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau, um Zahnheilkunde zu studieren. Nachdem ich im Sommer 1931 mein Vorexamen bestanden hatte, legte ich im Februar 1934 mein Staatsexamen ab.

Nach einigen Vertretungen und Assistentenstellen leitete ich die zahnärztliche Abteilung der Heilstätten der Landesversicherungsanstalt Schlesien in Hohenwiese (Rsgb.) bis Oktober 1936 und bin seitdem als praktischer Zahnarzt in Schmiedeberg (Rsgb.) niedergelassen.

Hans Lakomy.